UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1947-1948

N° 51

SUR LE TRAITEMENT DES PÉRITONITES DU POST-PARTUM PAR LA PÉNICILLINE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 28 janvier 1948

PAR

Emma DELONS, née LAFFARGUE

Née à Strasbourg (Bas-Rhin), le 29 octobre 1919

JURY .....

MM. DAMADE, professeur ..... *Président.*

RIVIÈRE, professeur ..... } *Juges.*

DUFOUR, agrégé ..... }

SARIC, agrégé ..... }

BORDEAUX

IMPRIMERIE BIÈRE

18, 20, 22, rue du Peugue

1948

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536526_0082

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1947-1948

N° 51

SUR LE TRAITEMENT DES PÉRITONITES DU POST-PARTUM PAR LA PÉNICILLINE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 28 janvier 1948

PAR

Emma DELONS, née LAFFARGUE

Née à Strasbourg (Bas-Rhin), le 29 octobre 1919

JURY .....

MM. DAMADE, professeur ..... *Président.*

RIVIÈRE, professeur .....

DUFOUR, agrégé ..... *Juges.*

SARIC, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE BIÈRE

18, 20, 22, rue du Peugue

1948

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen ..... M. DUPERIÉ.
Assesseur ..... M. CHELLE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DENIGES, PÉRY, DUPOUY, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ROCHER, LANDE, DUVERGER, CARLES, LEURET, PÉRY.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	DUPERIE. CREYX.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	LOUBAT.
Clinique chirurgicale et gynécologique	CHARRIER.	Clinique des maladies infectieuses	DAMADE.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF
Clinique d'accouchements..	RIVIERE.	Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT.
Anatomie pathologique et microscopie clinique ..	DE GRAILLY.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN.
Anatomie	VILLEMIN.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..	JOULIA.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET.
Hygiène	PIECHAUD.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Médecine légale et déontologie	DERVILLEE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale ..	N.	Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU.
Chimie	CHELLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologique	N.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Pharmacie	VITTE.	Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN.
Physiologie	FABRE.		
Zoologie et parasitologie..	SIGALAS.		
Médecine expérimentale ..	AUBERTIN.		
Clinique ophtalmologique..	BEAUVIEUX.		

PERRENS (Maladies mentales).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	DUFOUR.	Obstétrique	N. MAHON.
Physiologie	N.	Ophtalmologie	BESSIERE.
		Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
	BROUSTET.	Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT.
Médecine générale	SARIC.	Physique médicale	N.
	DUBARRY.	Chimie générale pharmaceutique et toxicologie..	N.
	TRAISSAC.	Histoire naturelle pharmaceutique	GIRARD.
	MASSE.	Pharmacie	MESNARD.
Chirurgie générale	MAGENDIE.		
	POUYANNE.	Histoire naturelle médicale et parasitologie	N.
	LAUMONIER.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	MASSÉ.	Chimie minérale	CASTAGNOU.
Accouchements	N.	Botanique	GIRARD.
Puériculture	PERY.	Cryptogamie	GIRARD.
Zoologie et parasitologie..	N.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Urologie		Bactériologie	MOUREAU.
Législat. pharmaceutique..	POPLAWSKI.	Physiologie	Mlle ROUGIER
Ophtalmologie	N.	Chimie biologique.....	TAYEAU.
Anatomie	RIGAUD.	Parasitologie et biologie appliquées	PAUTRIZEL.
		Pathologie chirurgicale	LAUMONIER.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MES PARENTS

A MON MARI

A MES MAITRES DES FACULTES

DE

BORDEAUX
CLERMONT-FERRAND
STRASBOURG
GRENOBLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SARIC

MÉDECIN DES HÔPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUFOUR

CHEF DE TRAVAUX D'ANATOMIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE

A Monsieur le Professeur RIVIERE

Professeur de Clinique d'Accouchement
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre
Officier de l'Instruction publique

En témoignage de toute ma respectueuse reconnaissance.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DAMADE

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES INFECTIEUSES
MÉDECIN DES HÔPITAUX
MÉDAILLE D'ARGENT DES EPIDÉMIES
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER D'ACADÉMIE

En témoignage de ma gratitude pour le sujet qu'il m'a donné et l'aide qu'il m'a apportée dans ce travail.

Au moment où seuls quelques centres de pénicillinothérapie étaient créés en France, notre maître M. le Professeur Damade voyait se succéder dans son service, pendant le premier trimestre 1947, 7 cas de péritonite du post-partum, qu'il traita par la pénicilline.

Ces observations firent l'objet d'une intervention au Congrès français de la pénicilline, après le rapport de MM. Portes et Mayer sur le traitement par la pénicilline des infections puerpérales en général.

Nous nous proposions d'en confronter les résultats avec ceux qui auraient pu être obtenus depuis, en France ou à l'étranger, mais nous n'avons rien trouvé dans ce sens.

Ce travail devra donc essayer de résoudre, sur quelques cas seulement, les problèmes thérapeutiques que pose le tableau dramatique de ces malades dont Tarnier disait : « Je les voyais arriver bien portantes le soir, le lendemain elles étaient mortes. »

⁂

Résumant d'abord les difficultés du diagnostic des péritonites généralisées du post-partum, puis passant en revue les différents traitements médicaux avant la pénicilline, relégués au second plan par le traitement chirurgical, nous poserons, à propos de cinq observations, le problème de l'opportunité du drainage et celui des voies générales ou locales d'administration de la pénicilline.

I

PROBLÈME DIAGNOSTIC

Sa difficulté vient de ce que la péritonite post-partum, — par opposition à la péritonite post-abortum, généralement secondaire à l'infection reconnue du petit bassin et apparaissant sous une forme sthénique, chirurgicale, — est, elle, le plus souvent diffuse d'emblée, asthénique; et il est très difficile de savoir quelle est la part de l'infection générale et celle de la suppuration du péritoine.

La péritonite puerpérale généralisée débute, en effet, par des signes généraux d'infection puerpérale grave, qui peuvent aussi bien être ceux d'une septicémie. Celle-ci ne peut d'ailleurs être éliminée sur des hémocultures négatives. Et la formule leucocytaire, qui montrerait parfois, dans la péritonite, des formes jeunes de myélocytes et des formes de transition (Parache et Sommers, 7) rend compte surtout de l'intensité de l'infection.

Les signes péritonéaux classiques sont généralement absents. Il n'y a pas d'arrêt des matières et des gaz, mais, plus souvent, diarrhée abondante dès le début. Il n'y a pas de vomissements précoces, qui, s'ils se rencontrent, sont un signe éloquent, dit Mondor, car exceptionnels après les couches (11). Par suite de l'absence de tonicité des muscles abdominaux, et comme dans la péritonite appendiculaire de la grossesse, la respiration abdominale est conservée; il n'y a pas de contracture.

La péritonite peut ne se traduire par rien, et c'est à l'autopsie qu'on trouve du liquide séro-purulent dans le péritoine. Soit que le péritoine n'ait pas eu le temps de réagir (septicémie périto-

néale ou forme foudroyante de Hervieux); soit que la péritonite ait été silencieuse (formes latentes de Jeannin).

Dans les formes moyennes, la péritonite se traduit d'abord par une douleur brusque et violente au niveau des fosses iliaques, s'irradiant vers le creux épigastrique; puis, surtout, par du météorisme, avec, parfois, une légère matité déclive.

Le ballonnement ne se localise pas à l'étage sous-ombilical, comme dans la pelvi-péritonite (dont les signes généraux sont moins dramatiques, où le toucher vaginal douloureux, les culs-de-sac empâtés limitent la zone d'infection), mais gagne rapidement l'étage supérieur de l'abdomen, refoulant le diaphragme et accentuant ainsi la dyspnée.

En l'absence de ponction, qui peut seule être probante, il semble que ce soit sur le météorisme, accompagnant une infection grave du post-partum, que l'on doive porter le diagnostic de péritonite.

Ce diagnostic engage-t-il à un acte chirurgical immédiat ? Ou bien, la lutte contre l'infection générale, qui paraît dominante, est-elle plus importante que le drainage du péritoine ? Cela dépend évidemment de l'efficacité des moyens en présence. Or, la pénicilline semble avoir transformé le pronostic du traitement médical.

II

TRAITEMENT MÉDICAL AVANT LA PÉNICILLINE

Le traitement médical seul reconnaît une mortalité de 80 à 90 %. Aucun agent thérapeutique ne s'est montré réellement efficace.

Baudelocque, en 1830, dit que chacun adopte, selon ses préférences, l'huile de térébenthine, le carbonate de potasse ou les mercuriaux.

Les traitements biologiques n'ont ensuite apporté qu'un espoir passager. Seul, parmi les sérums, celui de Vincent est encore utilisé, à la dose de 100 cc. par jour. Les vaccins sont inefficaces, à moins qu'ils ne soient employés comme agents de choc (propidon). La transfusion de femme guérie (Chomé) et la phylacto-transfusion de Tzanck sont abandonnées.

La méthode leucogène, outre les injections d'acide nucléinique (Damade), se traduit par l'abcès de fixation, auquel on reconnaît une valeur surtout pronostique.

Les procédés de choc (métaux colloïdaux, solution de peptones, propidon) sont employés à titre adjuvant, pour renforcer une action médicamenteuse.

Enfin, la chimiothérapie s'est bornée à l'emploi de l'uroformine, de la septicémine ou de la trypaflavine, jusqu'à l'avènement des sulfamides.

Les sulfamides, s'ils ont eu à leur actif, comme d'ailleurs chacune des thérapeutiques précédentes, des succès incontestés, ne paraissent cependant pas, même associés aux méthodes de choc, et à de très fortes doses, avoir amélioré les statistiques (thèse, II, Paris, 1946).

III

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Devant l'insuffisance de la thérapeutique anti-infectieuse, le problème du drainage devait se poser, et Bailly le prôna, le premier, en 1889.

Bien que l'état précaire des malades contre-indique un acte chirurgical, on en est venu à faire précocément, « sans perdre de temps à essayer un traitement médical, même par les sulfamides » (Andérodias), une laparotomie médiane sous-ombilicale.

En l'absence de lésions utérines ou annexielles, on se contente de drainer et d'installer un Mickulicz, isolant l'utérus de la grande cavité péritonéale. S'il y a des lésions, on pratique, suivant les cas, une ablation partielle ou une hystérectomie.

Par ce traitement chirurgical précoce, la mortalité des péritonites puerpérales est descendue autour de 50 %.

Cependant, plusieurs auteurs (Contamin, Voron, Trillat) pensent que l'on peut se borner à un drainage à minima, par une boutonnière sus-pubienne de 6 à 8 cm., en utilisant au besoin l'aspirateur de Villard et laissant en place deux mèches latérales sulfamidées et un drain médian postérieur.

L'intervention serait possible au lit du malade (Contamin). En tout cas, elle n'expose pas au shock chirurgical des malades très fatiguées et elle assurerait un drainage suffisant.

Ribeyre publie dans sa thèse (Lyon, 1945) 9 observations de péritonites puerpérales, dont 7, traitées par simple drainage, sous anesthésie locale, ont toutes guéri.

Il semblerait donc qu'il faille recourir toujours et précocément au traitement chirurgical. C'est ce que l'emploi de la pénicilline remet en question.

IV

PREMIERS RÉSULTATS DE LA PÉNICILLINE ET OBSERVATIONS

Les premiers résultats ont été communiqués par Portes et Mayer au Congrès de la pénicilline, tenu du 11 au 14 avril 1946, à l'Hôpital Necker.

Sur 421 infections obstétricales, les auteurs ont relevé 22 péritonites diffuses, dont 16 après accouchement par les voies naturelles et 6 après césarienne. Sur les 22 cas, 7 décès (tous après accouchement naturel). Si l'on écarte 4 cas où la pénicilline fut instituée dans des conditions désespérées quelques heures avant le décès, la mortalité serait d'environ 20 %.

Les traitements furent conduits de la façon suivante : 1° doses massives de pénicilline par voie intramusculaire, et, de façon discontinue, par perfusion; 2° injections de pénicilline intrapéritonéales (avec ou sans laparotomie); 3° association d'un traitement sulfamidé intensif.

Portes et Mayer mettent à part 4 cas qui ont guéri par la pénicilline seule, générale et locale, 100.000 unités étant injectées chaque jour dans le péritoine.

Notre maître, le Professeur Damade, est intervenu, citant 7 cas de péritonites puerpérales traitées par la pénicilline, par voie générale uniquement.

Nous en rapportons ici 5 observations.

OBSERVATION I

Lh... (Andrée), 20 ans, sans autre antécédent qu'un accès de manie deux mois après un premier accouchement normal en 1944.

Le 17 mars 1946, accouchement à terme, normal, après rupture artificielle des membranes.

Le 18, rien à signaler. Le 19, pas de fièvre; légère agitation dans l'après-midi. Le 20, 37° 5 le soir; la malade se plaint de vagues douleurs dans les fosses iliaques; examen négatif.

Le 21, 37° 4 le matin. Délire, agitation nécessitant la camisole de force. Rétention des matières et des gaz; un vomissement. Abdomen douloureux, ballonné dans son ensemble. Transéat dans le service du Professeur Damade.

Le soir, 39° 2; pouls à 130; faciès grippé; dyspnée; abdomen très ballonné. Pénicilline intramusculaire : 200.000 unités; glace sur le ventre; Somnifène I.V.

Le 22, état général très aggravé; faciès péritonéal, hoquet, pouls à 130, très mou; température 39°, sans frissons; abdomen très ballonné, sans douleur à la décompression; ni bombement, ni douleur au niveau du Douglas.

400.000 unités de pénicilline I.M. Abcès de fixation. Ouabaïne I.V.

Hématologie : 4.712.000 hématies; 4.960 leucocytes; 86 % de polynucléaires neutrophiles; métamyélocytes, 2 %; lymphocytes, 12 %.

Dans l'après-midi, exagération du hoquet, vomissements jaunâtres. Pas de diarrhée. Décès dans la nuit.

A la nécropsie, on trouve environ 2 litres de liquide dans l'abdomen. Anses grêles très dilatées. Des fausses membranes sur les anses intestinales, prédominent sur les organes du petit bassin, très congestionné.

OBSERVATION II

Dans les antécédents de Tu... (Edith), 37 ans, 5 grossesses normales de 1928 à 1943; une fausse-couche de 2 mois en 1931.

Accouchement le 19 février 1946. La 7e grossesse a été mal supportée : vomissements, coliques abdominales, amaigrissement, bronchite. Hospitalisation à la maternité de Pellegrin au 8e mois pour hémorragies. Cependant accouchement à terme, normal. Délivrance spontanée; on note un excès de liquide amniotique.

Le 21, élévation de température : 38° 2; pouls à 100. Le 22, frisson intense, 40°, pouls à 120. Coliques abdominales violentes. La malade, constipée, rend des gaz. Traitement sulfamidé d'attaque : 8 gr. de thiazomide par jour.

Défervescence progressive et atténuation des signes abdominaux. Le malade prend au total 30 gr. de thiazomide. Examen négatif, cependant que la malade se plaint encore de légères douleurs abdominales. Température à 37° 5 le matin, 38° le soir, attribuée à une bronchite persistante. La malade sort le 7 mars.

Le 12, frissons intenses, prolongés; 41°. Diarrhée, quelques vomissements verdâtres, douleurs abdominales intenses. Entre le 13 dans le service du Professeur Damade.

Le 14, malade très fatiguée. 38° 6 le soir, pouls à 96. Urines rares et foncées. Il n'y a plus de vomissements, ni de diarrhée. Abdomen ballonné dans son ensemble. Fosses iliaques mates et présentant une légère défense, surtout à droite. Points annexiels très douloureux. Utérus gros et peu mobile; col fermé; Douglas très douloureux. Foie normal, rate non percutable. Au niveau du champ pulmonaire gauche, sibilances disséminées avec submatité de la base. Hématologie : 3.534.000 hématies; 17.980 leucocytes; polynucléaires neutrophiles, 94 %; lymphocytes, 6 %. L'hémoculture pratiquée la veille sera négative.

La malade reçoit les 14, 15, 16 mars, chaque jour, 200.000 unités de pénicilline I.M.; les 17 et 18, 100.000 unités. Défervescence progressive. Le 15, 37° 8, pouls à 94, urines plus abondantes,

douleurs moins vives. Le 18 : 3.901.000 hématies; 8.060 leucocytes; polynucléaires, 86 %; mononucléaires, 2 %; lymphocytes, 12 %. Apyrexie complète à partir du 21. La malade sort le 26.

OBSERVATION III

C... (Alice), 27 ans, primipare, sans antécédents notables.

Accouchement le 27 janvier 1946, un peu avant terme, après 22 heures de travail et rupture spontanée des membranes à la 7e heure. Délivrance naturelle.

Accouchement à 13 h. 20. A 17 heures, grand frisson, suivi d'un vomissement bilieux et d'une douleur diffuse dans l'abdomen, qui persiste toute la nuit. Température : 38°; pouls à 80.

Le 28, devant l'abdomen légèrement ballonné et résistant, on institue la glace et les sulfamides.

Le 29, nette aggravation. 39° le matin; 39° 5 le soir; pouls à 120. Faciès mauvais, yeux excavés. Reprise des vomissements, avec diarrhée fétide. Abdomen très ballonné, dans son ensemble, présentant une défense nette de la paroi hypogastrique. Transéat dans le service du Professeur Damade. Pénicilline : 200.000 unités I.M.

Le 30, température 36° 5, pouls à 100. Faciès meilleur. La malade répond calmement aux questions.

L'examen abdominal montre un ventre en obusier, avec météorisme de tout l'abdomen, jusqu'à disparition de la matité hépatique. Dans la fosse iliaque droite, matité de la taille d'une main, répondant à l'utérus. Douleur vive à la décompression à ce niveau, généralisée à la palpation. Même au toucher rectal, il n'y a pas de douleur du Douglas. Hématologie : 3.565.000 hématies; 11.160 leucocytes; polynucléaires neutrophiles, 92 %; lymphocytes, 4 %.

200.000 unités de pénicilline le 30 et le 31. Le 1er février, la matité hépatique a réapparu, la douleur à la décompression est légère. 100.000 unités de pénicilline par jour du 1er au 4. La température se stabilise à 36° 5; pouls à 80. Etat général transformé. Le ballonnement disparaît, ainsi que la douleur. Le 4,

4.650.000 hématies; 8.680 leucocytes; polynucléaires, 80 %; lymphocytes, 14 %.

La malade sort le 12 février.

OBSERVATION IV

Ne... (Raymonde), 26 ans. Maladie de Bouillaud depuis l'enfance. Un premier accouchement normal en 1934.

Accouchement normal, avec délivrance spontanée, le 24 mars 1946.

Le 27, clocher thermique à 39° le soir. Dans la nuit, douleurs abdominales violentes. Etat nauséeux sans vomissements. Constipation. Le 28, 39° le matin, 40° le soir. Transéat dans le service du Professeur Damade. 200.000 unités de pénicilline.

Le 29, température 36° 4, pouls à 80. La malade se plaint beaucoup de l'abdomen, qui est ballonné dans son ensemble. La palpation est partout douloureuse, et surtout dans la fosse iliaque droite. L'utérus, non involué, est dévié de ce côté. Ni vomissements, ni diarrhée. Oligurie accentuée, nécessitant le sondage (dans le culot urinaire : cellules épithéliales, leucocytes, quelques cocci, albumine 0,06). Hématologie : 3.782.000 hématies; 22.470 leucocytes; polynucléaires, 88 %; mononucléaires, 4 %; lymphocytes, 8 %. Hémoculture négative au bout de 7 jours. Pénicilline : 200.000 unités.

A partir du 30, sauf une poussée à 37° 5 le 1er avril, la température reste toujours au-dessous de 37°. Pouls entre 80 et 85. Du 30 au 2 avril, 100.000 unités de pénicilline par jour. Le 2 avril, les sondages ne sont plus nécessaires; la constipation a cessé. 50.000 unités de pénicilline le 3 et le 4. Le pouls descend à 70 le 5. Le traitement est arrêté.

OBSERVATION V

Mme Ch..., 34 ans, primipare. Achondroplasie, bassin généralement rétréci, canaliculé, avec 3 faux-promontoires.

Début du travail le 4 mars 1946, à 1 heure. Rupture spontanée des membranes à 9 heures, laissant écouler du mœconium. Bruits cardiaques mous; col encore long. On fait une césarienne basse, sans incidents. L'enfant, long à ranimer, meurt au bout de 26 heures.

Le 12, après des suites normales, élévation thermique, sans frissons. Abdomen très météorisé, non douloureux. Faciès et pouls rapidement inquiétants. Transéat dans le service du Professeur Damade. 200.000 unités de pénicilline.

Le 13, état stationnaire. Hématologie : 3.720.000 hématies; 23.500 leucocytes; polynucléaires, 90 %; mononucléaires, 2 %; lymphocytes, 8 %. 200.000 unités de pénicilline intramusculaire. Voulant faire une injection de pénicilline intrapéritonéale, on ponctionne une anse intestinale. Laparotomie 4 heures plus tard (Hôpital Tastet-Girard). On découvre une réaction péritonéale généralisée. Drainage, Mickulicz.

La pénicilline est continuée à la dose de 200.000 unités par jour, jusqu'au 23 mars, où la défervescence est complète.

TABLEAU RÉSUMÉ

Obs.	*Forme clinique*	*Sulfamides préalables*	*Pénicilline au bout de :*	*Dose et temps*	*Drainage*	*Evolution*
I	Septicémie foudroyante 3 j. après un accouchement normal	non appliqués	24 h.	600.000 24 h.	non	Décès
II	Péritonite « en 2 temps ».	retardent l'évolution	48 h.	800.000 5 j.	non	Guérison
III	Début 4 h. après accouchement normal.	Echec après 24 h.	48 h.	1.000.000 7 j.	non	Guérison
IV	Début 3 j. après accouchement normal.	non appliqués	24 h.	900.000 7 j.	non	Guérison
V	Forme torpide 8 j. après césarienne.	non appliqués	12 h.	2.200.000 11 j.	laparotomie	Guérison

DISCUSSION

Il n'est pas possible d'établir un pourcentage sur 5 cas. Mais on peut les décomposer ainsi :

1° 3 guérisons par pénicilline générale seule (II, III, IV), dans 2 cas après échec des sulfamides, dans 1 cas (IV) sans qu'ils aient été employés. Dose moyenne utilisée : 1.000.000 d'unités en 7 jours;

2° 1 guérison par pénicilline générale et laparotomie (V);

3° 1 décès après pénicilline générale seule (I).

Ces observations, rejoignant les 4 cas mis à part par Portes et Mayer, où la pénicilline fut employée seule, posent à nouveau le problème de l'opportunité du traitement chirurgical. D'autre part, elles soulèvent la question de l'utilisation générale ou locale de la pénicilline.

V

PROBLÈME DU DRAINAGE

Rapportant les péritonites puerpérales guéries par pénicilline seule, Portes et Mayer craignent le danger d'une publicité trop grande donnée à des cas qui sont, peut-être, des « surprises heureuses ». Nous ajoutons trois cas à cette liste.

On peut penser, d'ailleurs, que, parmi les péritonites, ce soit celles du post-partum qui doivent le plus bénéficier de la pénicilline, car généralisées d'emblée et sans cloisonnements, donc accessibles à l'antibiotique; sans surinfection, donc sensibles à la pénicilline. Ainsi Le Lorier, dans sa thèse (Paris, 1946), rapporte-t-il 8 observations de péritonites post-abortum, dont 7 sthéniques, diffusantes, restent de mauvais pronostic; et 1 généralisée d'emblée (obs. 85), se rapprochant des péritonites du post-partum diffuses, dont le pronostic est totalement modifié par la pénicilline.

Cependant, l'efficacité de la pénicilline ne doit pas faire oublier les résultats obtenus par le drainage. Dans la thèse de Ribeyre, les deux seuls cas mortels sont ceux qui n'ont pas été opérés. A propos de la présentation à la Société de Gynécologie de Lyon, par Trillat, Notter et Prudhomme, d'une péritonite précoce traitée par laparotomie et pénicilline, Gaucherand rappelle que, sur 5 observations citées, 4 ont guéri par simple drainage, sans secours de la pénicilline.

Il semble donc que, si la pénicilline est capable d'agir heureusement à elle seule, le rôle du drainage ne peut néanmoins être sous-estimé, et que, devant une malade chez qui la péritonite

est déjà nettement constituée, l'on doive agir simultanément par la chirurgie et la pénicillinothérapie. La pénicilline, par son action sur l'infection générale, permettra de faire le drainage par l'incision à minima sus-pubienne, qui réduit le choc opératoire; d'autre part, la pénicilline agira sur les suites opératoires.

On a objecté qu'un drainage insuffisant serait très nuisible à l'action de la pénicilline, la rétention purulente entraînant une surinfection d'autres germes, colibacille et tétragène, qui « non seulement sont insensibles à l'action de la pénicilline, mais créent encore, semble-t-il, un état de pénicillino-résistance » (13). Mais, si l'on a isolé du colibacille dans le liquide de ponction, ou si la cure de pénicilline se prolonge, il est possible d'adjoindre les sulfamides et, au besoin, la streptomycine, au traitement.

Enfin, ce qu'apportent ces observations, c'est un espoir de guérison par la pénicilline seule pour les malades chez qui l'incision ne peut être faite, soit à cause de leur éloignement d'un centre chirurgical, soit que leur état général trop atteint ne paraisse pouvoir supporter aucun choc opératoire.

Ces différentes conduites du traitement amènent également une utilisation de la pénicilline par des voies différentes.

VI

PÉNICILLINE GÉNÉRALE ET LOCALE PÉNICILLINE FOCALE

J. Tréfouël, au Congrès de la pénicilline, donnait des raisons de supériorité à l'introduction locale: « Concentration plus grande, diffusion moins rapide, donc action plus prolongée. »

Le pouvoir de la pénicilline de traverser les muqueuses est même controversé. Et l'on peut constater, dans tous les domaines, que l'on recourt de plus en plus à la pénicillinothérapie locale.

Verhaeghe et Lagache, par exemple, publient des observations où l'administration de pénicilline intrapéritonéale, dans des cas de péritonites d'origines diverses, rebelles au traitement par voie générale, amène une guérison inespérée.

(Ces auteurs utilisent, comme voie d'introduction, un drain, que l'on obture une demi-heure après l'injection, pour éviter le reflux immédiat. On injecte 1 à 2 fois par jour 10 à 20.000 unités d'une solution contenant 1.000 unités par cm^3.)

Mais on peut se heurter à des difficultés techniques comme dans notre observation V, où c'est une anse intestinale qui, malgré toutes les précautions, a été ponctionnée. Nos autres observations montrent que la voie intramusculaire peut se montrer suffisante.

Cependant, du moment que l'on a eu recours au drainage, il faut évidemment faire bénéficier la malade d'un apport de pénicilline au contact des lésions.

En plus de la pénicilline générale et locale, il peut y avoir intérêt à faire de la pénicilline « focale », c'est-à-dire intra-

utérine, soit que l'on ait constaté un certain degré d'endométrite, soit à titre systématique. Damade, Dax et Dulong de Rosnay préconisent une dose de 100.000 unités quotidiennes en goutte à goutte intra-utérin.

Quant au traitement prophylactique des péritonites post-partum, sans doute s'impose-t-il en cas d'infection amniotique, ou lors d'un accouchement très prolongé; mais il est à remarquer qu'il s'agissait, au moins dans 3 de nos observations, d'un accouchement normal, ce que Solidor constate 13 fois sur 20. Dans ces conditions, il paraît difficile de recourir à la pénicilline à titre préventif.

VII

CONCLUSIONS

Sur 5 observations de péritonites du post-partum, on enregistre 4 guérisons.

3 ont été obtenues sans laparotomie, ni drainage.

La pénicilline a été utilisée uniquement par voie intramusculaire, sans recours à la voie locale et sans adjonction de sulfamides.

La dose moyenne employée a été de 1.000.000 d'unités en 7 jours.

La pénicilline peut donc prétendre à la guérison des péritonites du post-partum, même administrée seulement par voie générale.

Cependant, il semble qu'il faille continuer à recourir précocement à un drainage à minima, permettant, en outre, l'introduction locale de la pénicilline.

Le traitement pourra être complété, suivant les cas, par l'adjonction de streptomycine et l'instillation de pénicilline intra-utérine.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU :
Le Doyen,
R.. DUPÉRIÉ.

VU :
Bon à imprimer,
Le Président :
R. DAMADE.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 16 janvier 1948,
Le Recteur de l'Académie,
A. MARCHAUD.

BIBLIOGRAPHIE

ANDÉRODIAS. — *Fiches de Pratique Médicale*, 1945.

BAUDELOCQUE. — *Traité de la péritonite puerpérale*, p. 302.

CONTAMIN. — *Société de gynécologie et obstétrique de Paris*, mars 1938.

DAMADE. — « Sur 7 cas de péritonites du post-partum traités par la pénicilline ». *In La Pénicilline*, Ministère de la Santé.

DAMADE, DAX, DULONG DE ROSNAY. — « La pénicilline intra-utérine dans le traitement des infections graves du post-partum et du post-abortum. » *Bordeaux Chirurgical*, juillet 1946.

DUPÉRIÉ, DARMAILLACQ, MONMAYOU, RUMEAU. — « Vingt-trois observations de complications septiques du post-partum traitées par la pénicilline. » *Société de Gynécologie et Obstétrique*, n° 8, octobre 1946, p. 303.

Encyclopédie Médico-Chirurgicale (*Obstétrique*, n° 5, III).

FABRE. — *Précis d'obstétrique*, 1933, p. 417, t. II.

LE LORIER. — *Du traitement par la pénicilline au cas d'infection puerpérale*. Thèse, Paris, 1946.

METZGER. — *L'accoucheur moderne*, 1931, p. 465.

MONDOR. — *Diagnostics urgents de l'abdomen.*

MULLER, MICHELLAND et BONNETON. — « Quelques cas d'infections puerpérales traitées par la pénicilline. » *In La Pénicilline*, Ministère de la Santé.

PORTES et MAYER. — « De la pénicillinothérapie en cas d'infection de nature obstétricale. » Congrès de la Pénicilline. *Presse Médicale*, n° 34, 20.7.46.

RIBEYRE. — Thèse de Lyon, 1945.

RIVIÈRE. — *Cours d'obstétrique*, Faculté de Bordeaux.

SCHWAAB et DEVRAIGNE. — *Précis d'obstétrique*, 1937, p. 849.

TRILLAT, NOTTER et PRUDHOMME. — « Forme très précoce de péritonite post-partum. » *Gynécologie et Obstétrique*, t. XLVI, n° 2.

VERHAEGHE et LAGACHE. — *Lille Chirurgical*, mars-avril 1947 (*in Concours Médical*).

Impr. BIÈRE, 18, rue du Peugue, Bordeaux. — N° 190 impr. — Dépôt légal : 1er trim. 1948.